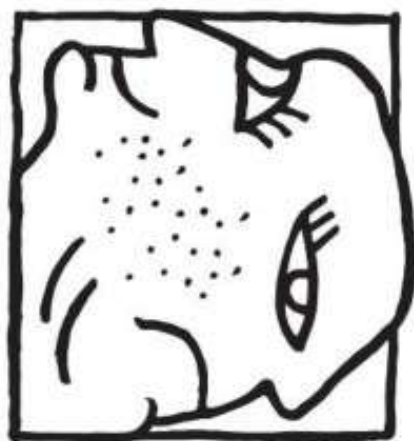


PSIHANALIZĂ
CONTEMPORANĂ

Cum lucrez cu pacienții borderline



TREI

HAROLD F.
SEARLES

Traducere din
engleză de
Laura Netea

Dedicată Sylviei

Cuprins

9 *Prefață*

Partea I. Principii fundamentale

15 Capitolul 1. Tehnici de terapie

39 Capitolul 2. Reacții transferențiale

Partea a II-a. Tulburarea funcționării eului

73 Capitolul 3. Nediferențierea funcționării eului la pacientul borderline și efectul asupra sentimentului de identitate personală

97 Capitolul 4. Procese de identitate duală și multiplă în funcționarea borderline a eului

117 Capitolul 5. Gelozia cu privire la un obiect intern

180 Capitolul 6. Tulburarea de gândire borderline: un studiu de caz

Partea a III-a. Contratransferul

215 Capitolul 7. Contratransferul drept cale înspre înțelegerea și ajutorarea pacientului

259 Capitolul 8. Experiențe de contratransfer implicând gelozia cu privire la un obiect intern

8	Partea a IV-a. Gestionarea problematicilor inevitabile
295	Capitolul 9. Terapia psihanalitică a pacienților borderline: dezvoltarea de către pacient a unei imagini internalizate a terapeutului
323	Capitolul 10. Unele aspecte cu privire la separare și pierdere în terapia psihanalitică a pacienților borderline
368	Capitolul 11. Separare și pierdere în terapia psihanalitică a pacienților borderline: remarci concluzive
403	Capitolul 12. Rolul expresiilor faciale ale analistului în psihanaliză și în terapia psihanalitică
449	<i>Mulțumiri</i>
450	<i>Index</i>

HAROLD F. SEARLES

Prefață

De vreme îndelungată, terapia psihanalitică a pacienților borderline a constituit unul dintre principalele mele interese. Cea mai timpurie situație clinică descrisă în această carte a avut loc în 1947, cu aproximativ doi ani înainte de a-mi fi început cei aproape cincisprezece ani de lucru la Chestnut Lodge. Deși cea mai mare parte a muncii mele acolo viza variatele cazuri de pacienți care sufereau de schizofrenie cronică, aceștia reprezentând majoritatea populației de pacienți, unii dintre cei cu care lucram erau borderline; iar de-a lungul anilor am ascultat multe prezentări de caz privindu-i pe aceștia din urmă și am participat la nenumărate discuții, formale și informale, cu colegii de la Lodge care tratau astfel de cazuri.

Mai mult decât atât, practica de la cabinetul personal, începută înainte de a ajunge la Chestnut Lodge, a continuat pe întregul parcurs al lucrului cu „normă întreagă” în cadrul echipei de la Lodge (fapt împărtășit de colegii mei de acolo, cu știința și consimțământul angajatorului nostru). Un număr apreciabil dintre pacienții mei de la cabinet, încă de când mi-am început practica privată, în 1948 (anul anterior începerii lucrului la Lodge), au fost pacienți borderline.

Am analizat, pentru diferite perioade, în jur de treizeci de psihiatri și un număr considerabil de psihologi, asistenți sociali psihiatrici și colegi specialiști în variate domenii conexe. Deși nu mi-am permis să utilizez viniete clinice din munca mea cu acești colegi, am descoperit că psihopatologia borderline nu lipsește dintre aceste persoane înalt calificate și eficiente. Cu alte cuvinte, știu că nu sunt nici pe departe singur printre specialiștii în sănătate mentală în ceea ce privește deținerea unei oarecare tendințe proprii la folosirea unor apărări de tip borderline.

Pe scurt, m-am convins, cu multă vreme în urmă, că fenomenele borderline vor fi întâlnite în cadrul oricărui demers de psihanaliză profundă sau de terapie psihanalitică intensivă, întrucât aceste fenomene fac parte din condiția umană generală.

De-a lungul a mai mult de treizeci de ani, am prezentat lucrări și am ținut interviuri demonstrative cu pacienți în cadrul a zeci de instituții de formare și întâlniri profesionale. Până să plec de la Chestnut Lodge, la începutul anului 1964, acestea implicau cel mai adesea practica mea cu pacienți schizofrenici. Publicul îmi dădea senzația că mă ascultă cu un soi de uimire prezentându-mi lucrările despre travaliul meu cu pacienți cronic schizofrenici, aproape ca și cum ar fi auzit raportul oferit de un explorator reîntors de pe Marte. Dar atunci când am plecat de la Lodge și am început să-mi dedic întregul timp practicii private, am început să scriu din ce în ce mai mult despre travaliul cu indivizi borderline și să intervievez astfel de persoane în cadrul interviurilor demonstrative. Aveam acum senzația că nu mai exista decât relativ puțină uimire din partea publicului, întrucât — așa cum a devenit evident în discuțiile mele cu membrii acestuia — ei înșiși lucrau în mod cotidian cu astfel de pacienți și, aveam eu impresia, le erau destul de familiare asemenea procese și în propria privință.

Această carte nu conține nicidecum toate scrierile mele relevante pe această temă. M-am limitat la a include aici doar două lucrări pe care le-am publicat într-o carte mai veche, *Countertransference and Related Subjects* (*Contratransferul și subiecte conexe*). O a treia lucrare, una de mare relevanță, este „Transitional Phenomena and Therapeutic Symbiosis” („Fenomenele tranziționale și simbioza terapeutică”), apărută în aceeași carte. Eu însumi consider atât experiența de lucru cu pacienții schizofrenici cronic, cât și scrierile mele bazate pe acea experiență ca fiind strâns legate de tematica acestui volum. ii

Partea I

Principii fundamentale

Tehnici terapeutice¹

Interpretările analistului sunt mai puțin importante decât participarea sa nonverbală

În vremurile timpurii ale dezvoltării teoriei și practicii psihanalitice, evenimentele traumatice din primii ani de viață ai pacientului erau considerate a deține un rol central în etiologia patologiei emoționale. Odată ce, în deceniile recente, am descoperit mai multe despre psihodinamica vieții de familie, despre comunicarea nonverbală, cât și despre cauzalitatea și tratamentul stărilor psihotice și borderline, care își au originile în mare măsură în stadiile preverbale sau stadiile verbale foarte timpurii ale prunciei și copilăriei, acordăm în general mai puțină semnificație evenimentelor traumatice izolate din anii de dezvoltare a pacientului, cât atitudinilor constante față de pacient ale diverșilor membri ai familiei, pe parcursul copilăriei acestuia, cât și atitudinii acestuia

¹ Acest capitol a fost publicat inițial în 1978 sub forma unei lucrări intitulate „Psychoanalytic therapy with the borderline adult: Some principles concerning technique” („Terapia psihanalitică cu adultul borderline: câteva principii referitoare la tehnică”), în cadrul revistei de specialitate *New Perspectives on Psychotherapy of the Borderline Adult*, pp. 41–65, ed. J.F. Masterson; New York: Brunner/Mazel.

16 față de membrii familiei, precum și atmosferei emoționale prevalente care impregna, zi de zi, casa copilăriei.

În opinia mea, într-un acordaj cu această redirecționare a atenției noastre, accentul principal al tehnicii psihanalitice s-a modificat la rândul-i, astfel că interpretărilor li se conferă acum același nivel de importanță, în cadrul instrumentarului utilizat de-a lungul întregului parcurs al unui tratament psihanalitic, pe care îl au evenimentele traumatice în felul nostru de a înțelege cauzalitatea patologiei pacientului. Firește că interpretările sunt importante; dar o mult mai mare importanță aparține atmosferei sau climatului emoțional al ședințelor, zi după zi și an după an.

În ce privește tratamentul pacientului borderline, orice discuție asupra interpretărilor trebuie asociată cu nivelul predominant de funcționare a eului pacientului, care constituie, la rândul său, în primul rând un factor al evoluției și eventualei soluționări a psihozei borderline de transfer (*transference-borderline-psychosis*) a pacientului. De vreme ce analistul și nu doar pacientul poate parcurge uneori — chiar în mod necesar — o regresie considerabilă, nivelurile variabile ale funcționării eului analistului reprezintă și acestea o variabilă de foarte mare semnificație.

Aspectele pe care le pun aici în discuție sunt în mod integral legate de conținutul pe care l-am prezentat în trei lucrări (Searles, 1970, 1971, 1973), cu privire la autism, simbioză și individuație. Am descris aceste trei moduri de funcționare a eului ca fiind importante nu doar în cazul pacienților care suferă de schizofrenie de varii niveluri de severitate, ci și în al indivizilor nevrotici, ale căror arii subtile prezente de autism sunt aduse la lumină de analizele lor.

În lucrul cu pacientul borderline, analistul descoperă că povara sa contratransferențială constă în principal, poate chiar ani la rând, într-o lipsă a libertății de a face interpretări de transfer

eficiente, într-un contrast marcat cu o etapă ulterioară a relației pacient–analist, una ambivalent-simbiotică, în timpul căreia va putea face astfel de interpretări la un nivel mult mai înalt de libertate și eficiență.

În a doua dintre cele trei lucrări (anume, a doua scrisă, deși prima publicată, în 1970), intitulată „Autism and the Phase of Transition to Therapeutic Symbiosis” („Autismul și stadiul de tranziție la simbioza terapeutică”), am descris, ca reprezentând o caracteristică a acelu stadiu de tranziție, faptul că analistului începe acum să i se pară fezabilă în mod efectiv aducerea de interpretări de transfer. Din punctul de vedere al caracterului oportun al interpretărilor de transfer, acest stadiu de tranziție se află, într-o manieră similară, în contrast cu etapa ulterioară a simbiozei terapeutice, în cadrul căreia astfel de interpretări sunt adecvate într-un mod aproape nelimitat.

Acest capitol este într-o mare măsură dedicat unei discuții cu privire la problemele prezentate de pacientul borderline cu o funcționare a eului de natură predominant autistă. Sper ca, în cadrul unei lucrări viitoare, să mă concentrez asupra acelu tip de pacienți borderline a căror funcționare a eului este mai matură decât aceasta — având o natură predominant ambivalent-simbiotică. Dar cu siguranță că o parte a remarcilor care urmează aici se adresează acestor pacienți din urmă.

Starea de integrare și de diferențiere a eului pacientului

Starea de integrare și de diferențiere a eului pacientului este incompletă, în maniere caracteristice care constituie un deficit în capacitatea sa de a utiliza interpretări verbale. Acesta este incapabil, la nivel inconștient, de a diferenția între fantasmă și

- 18 realitate ori între verbalizare și activitate fizică (cu rezultatul că agresivitatea verbală a analistului poate avea întru totul impactul unei agresivități fizice). Pacientul nu și-a stabilit încă o imagine internalizată statornică a lui însuși, a analistului sau a amândurora. El nu poate funcționa într-o manieră sigură în termenii deținerii atât de către el însuși, cât și de către analist, a propriei individualități și realități subiective, precum și a unui sentiment de legătură între aceste două persoane și respectivele lor realități. În schimb, pentru el, fie realitatea proprie este singura care există, fie a analistului.

Analistul se simte tentat să-și impună propria realitate asupra pacientului

Una dintre dificultățile tehnice majore în lucrul cu acest tip de pacient este legată de simțul deficitar al realității — nu doar al realității externe, ci și al celei interne, incluzând-o pe cea a propriei identități — și, în consecință, a nevoii sale de a primi ajutor de la analist în soluționarea acestui defect în cadrul experienței realității. Pentru analist, un aspect major al acestei dificultăți este constatarea că se află sub o foarte mare presiune în a-și impune propria realitate asupra pacientului, mai degrabă decât a face eforturi, alături de acesta, în a-l ajuta să atingă un sens al realității valid pentru el însuși. Helene Deutsch (1942), în cadrul lucrării sale clasice cu privire la tipul de emoționalitate „ca și cum” și la relaționarea contrafăcută cu realitatea, atât de des întâlnite în cazul pacienților borderline, ne-a ajutat prin avertizarea cu privire la pericolul ca un astfel de pacient să iasă din analiză numai cu obișnuitul său simț al realității, de o adaptabilitate superficială, reorganizat acum conform tiparului de funcționare a personalității analistului, la

fel cum fusese organizat, înainte de analiză, conform tiparelor unei serii de figuri parentale. 19

Studiile referitoare la psihoza infantilă întreprinse de Mahler (1968) și de colaboratorii acesteia au o importanță centrală în acest punct. Aceasta afirma că

Nevoia inconștientă specifică a mamei este cea care, dintre potențialitățile infinite ale bebelușului, le activează pe cele care creează, în mod particular, pentru fiecare mamă, „copilul” care să-i reflecte propriile nevoi *unice* și individuale. [...]

Inducția reciprocă din stadiul simbiotic creează o configurație întipărită pentru totdeauna — acel tipar complex — care devine *leitmotivul pe baza căruia „bebelușul devine copilul mamei sale specifice”* (Lichtenstein, 1961, p. 207)

Ceea ce pare că vedem aici este nașterea copilului ca individ (cf. Lichtenstein, 1964) (pp. 18–19)

Lichtenstein (1961) spune că

În vreme ce mama satisface nevoile bebelușului, ea îi creează de fapt anumite nevoi specifice, pe care îi face plăcere să i le satisfacă, bebelușul transformându-se într-un organ sau un instrument de satisfacere a nevoilor inconștiente ale mamei. [...] *Dintre potențialitățile infinite ale bebelușului uman, combinația specifică de stimuli care emană dinspre mama respectivă „eliberează” un mod concret, și numai unul, de a fi acest organ, acest instrument. Această identitate „eliberată” va fi ireversibilă și, astfel, îi va impune copilului să găsească moduri și mijloace de a realiza această identitate specifică, întipărită în el de către mama sa. (pp. 207–208)*

Un număr de autori au descris descoperirile lor cu privire la faptul că experiențele de viață timpurii, slab integrate, ale indivizilor borderline și schizoizi (precum și schizofrenici) pot deveni integrate prin conștientizare, astfel contribuind la un simț al realității și al identității personale mai ferm, prin intermediul transferului parcurs și al interpretării acelu transfer. Scrierile lui Khan (1974) portretizează, într-o manieră extrem de frumoasă, procesul prin care acele experiențe afective disociative din copilăria timpurie a pacientului, anterior neintegrate, sunt inițial trăite de analist, în cursul terapiei psihanalitice.

Compulsia la repetiție constituie, din punctul meu de vedere, o încercare inconștientă nu doar de a „retrăi” o experiență timpurie, ci și de a o trăi pentru prima oară — anume, a o trăi în contextul unei implicări emoționale totale.

Potențiala putere pe care un asemenea transfer al pacientului i-o oferă analistului, putere care, eronat utilizată, poate să-i impună pacientului încă o pseudorealitate și pseudoidentitate, este, evident, enormă. Într-o lucrare intitulată „Funcția percepțiilor realiste ale pacientului cu privire la analist în cadrul transferului delirant” („The Function of the Patient’s Realistic Perceptions of the Analyst in Delusional Transference” — Searles, 1972), am prezentat o descoperire relevantă din munca mea clinică, care însumase la acel moment mai mult de optsprezece ani, cu o pacientă care suferea de schizofrenie cronică, ce manifestase pentru o foarte lungă perioadă o fragmentare a eului și confuzie identitară înfiorător de severe. Anume, am descris maniera în care am descoperit treptat nivelul semnificativ la care experiențele ei de transfer delirant reprezentau reacții la (și adesea identificări cu) variate atribute, până la acel moment majoritar inconștiente pentru mine, ale propriei mele funcționări a personalității în timpul ședințelor.